**CONSENTIMIENTO INFORMADO LPG**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Por este medio me permito manifestar que a la fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_He recibido por parte de la cosmetóloga o Dra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la siguiente información respecto al procedimiento lipomassage. El cual me será practicado en las instalaciones de SmadiaClinic.

Es un tratamiento que funciona por medio de la acción de rodillos mecanizados que generan un masaje, produciendo la liberación de ácidos grasos de los adipocitos, aumenta el intercambio de líquidos celulares y estimula los fibroblastos para la producción de colágeno y elastina.

Se encuentra indicado a nivel facial como tratamiento reafirmante y activador de colágeno, a nivel corporal como grasa localizada, drenaje linfático, moldeamiento corporal y celulitis

**Está contraindicado en**: mujeres embarazadas, presencia de lesiones activas en el área a tratar, enfermedades varicosas y flebitis.

**Los efectos secundarios al procedimiento pueden ser**: Eritema (enrojecimiento), edema (inflamación) y leve dolor. La complicación que se puede presentar es equimosis (morados) y aparición de telangectasias (venitas rojas).

Mis dudas respecto al procedimiento fueron resueltas de manera clara y satisfactoria por parte del médico tratante **Sí**\_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_

Me comprometo a seguirlas recomendaciones de manera adecuada y cumplida: hacer una rutina de ejercicio semanal, alimentación saludable, realizarme las sesiones completas del tratamiento y con los intervalos recomendados.

Reconozco que las obligaciones adquiridas por parte del personal son de medios y no de resultados y por lo tanto los resultados del procedimiento no pueden ser garantizado.

De igual manera reconozco que el no seguir las indicaciones dadas, las posibilidades de fracaso son altas, por lo anterior y de no seguir estas indicaciones me hago responsable de las consecuencias.

Yo consiento al tratamiento o procedimiento y toda la información anteriormente citada. Estoy satisfecho con la explicación.

En consecuencia de lo anterior firman en la ciudad de Barranquilla,

A los \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 201\_.

**El Paciente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Médico Tratante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**